

Agravio / Apelación

Enviela por correo o fax a: **Placer County Systems of Care Managed Care
11716 Enterprise Dr., Auburn CA 95603
PHONE: (530) 886-5400 FAX: (530) 886-5499**

Estoy presentando (marque uno): Agravio Apelación

Nombre de la persona que esta haciendo una agravio/apelación: _____

Yo soy un (marque uno) : Miembro Proveedor Otro (por favor sea específico) _____

Dirección en la que recibe su correspondencia: _____

Ciudad / zona Postal _____ Número de teléfono (por favor incluya su código telefónico): () _____

En el espacio que se le proporciona, por favor sumarisar su(s) problema(s) que ha tenido. Adjunte papel adicional si es necesario:

Por favor ofrezca sugerencias de cómo se puede resolver el problema: _____

Firma: _____ Fecha:: _____

Si usted está representando a un miembro en el agravio/apelación, por favor escriba el nombre del miembro con letras de imprenta: . _____



Para uso del condado solamente

Resolución: _____

Firma del personal Condado de Placer: _____ Fecha: _____